

Erklärung

Hiermit wird bescheinigt, dass bei

Name, Vorname

eine Befallskontrolle auf Kopfläuse durchgeführt wurde.

- Es wurde kein Befall festgestellt.
- Es wurde ein Befall festgestellt und die korrekte Behandlung mit einem zugelassenen Bekämpfungsmittel durchgeführt. Die Behandlung wird in 8-10 Tagen wiederholt.

Die Befallskontrolle/Behandlung wurde durchgeführt von:

Name, Vorname

Datum

Eine Weiterverbreitung von Kopfläusen ist somit nicht mehr zu befürchten.

Ort, Datum

Unterschrift